



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

aktuelle Größe:

aktuelles Gewicht:

Inhalierst Du aktuell regelmäßig ein Medikament? **ja / nein**

Falls ja, welches:

Flutide, Viani, Sanasthmax, Relvar, Atmadisc, Ateectura **1x tgl. 2x tgl.**

Welche PEF-Werte pustest Du aktuell? **l/min** oder **nicht gemessen**

Anzahl der Infekte in den letzten **3** Monaten: **Keine** oder **(Anzahl) / wann:**
Wie wurde(n) dieser/diese behandelt?

Salbutamolbedarf in den letzten 4 Wochen: **Keine** oder **(Anzahl der Hübe)**

Bestehen aktuell Heuschnupfenbeschwerden? **nein** oder **ja**

Falls ja, seit wann?

Welche Beschwerden bestehen? (bitte ankreuzen)

Augenjucken **Niesanfälle** **Husten** **Räuspern**

Wann bestanden Heuschnupfenbeschwerden im Vorjahr? **(Monatsangabe)**

von bis

Besteht eine Milbenallergie (morgens Schnäuzen, behinderte Nasenatmung)? **ja / nein**

Falls ja, in welchem Zeitraum? **(Monatsangabe) von bis**
, Encasings (milbendichte Bezüge) in Anwendung? **ja / nein**

Hast Du im Alltag (auf dem Schulhof, auf dem Heimweg) asthmatische Symptome? **ja / nein**

Gibt es bei Belastung asthmatische Beschwerden? **ja / nein**

Falls ja, nach wie vielen Etagen Treppensteigen? **(Anzahl)Etagen**

nach wie vielen Minuten / Metern Ausdauerlauf? **Minuten / Metern**

hast du welche Symptome? Bitte ankreuzen:

Husten **erschwerterte Atmung** **pfeifende Atemgeräusche**

Besteht nächtlicher Reizhusten? **ja / nein**

Hast du an einer Asthmaschulung teilgenommen? **ja / nein**

Rauchst Du? **ja / nein**

Corona-Schutzimpfung erhalten? (Anzahl) **ja = 1x =2x =3x** oder **nein**

Bestand eine Corona Infektion? **nein** oder **ja** → **wann und welche Symptome / Verlauf:**